



OFICINA LOCAL	NÚMERO TELEFÓNICO
NÚMERO DE CASO	FECHA

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN COLATERAL

SECCIÓN 1

RE: _____

El Departamento de Servicios Sociales y de Salud está en proceso de definir la elegibilidad de las personas arriba nombradas. Apreciaría que usted proporcionara la información solicitada en la Sección 2 de esta forma.

ESPECIALISTA EN SERVICIO FINANCIERO

SECCIÓN 2

Autorizo a _____ cuya relación conmigo
PERSONA O AGENCIA

es en calidad de _____ a que proporcione la siguiente información
MÉDICO, VECINO, FAMILIAR, ETC.

al Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

FIRMA DEL SOLICITANTE/RECIPIENTE

FECHA

SECCIÓN 3

A LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN:

Proporcione solamente aquella información que usted personalmente sepa que es verdad. Escriba DESCONOCIDA para la información que usted no puede dar. Firme y feche la forma, dé su dirección y su número telefónico. Si necesita más espacio, use el reverso de esta forma.

FIRMA

FECHA

DIRECCIÓN

NÚMERO TELEFÓNICO